

I efteråret sidste år blev en bog om skadelig samtale-terapi et stort emne blandt psykologer i Norge. De norske forfattere opfordrer bl.a. til video-overvåget terapi og mere kontrol med terapeuter. Måneder senere er bogen og dens budskab nået til Danmark. Så hvad har de norske psykologer på hjerte? Og hvad mener specialister i psykoterapi herhjemme om sagen?



KAN SAMTALER GIVE BIVIRKNINGER?

Af Jannie Iwankow Søgaard, *journalist*
Illustration af Franz Lang



I dag er de fleste patienter, der får ordineret psykofarmaka, klar over, at de ved at indtage medicinen kan risikere at få bivirkninger af den. Det har den læge eller psykiater, der har underskrevet recepten, orienteret om. Og skulle det være glippet, er indlæggelsesseddelen i medicinæsken en garant for oplysninger om bivirkninger.

Anderledes ser det ud, hvis man via henvisning fra egen læge eller på eget initiativ opsøger en psykolog med henblik på at blive behandlet med samtaleterapi. Her følger der ingen obligatorisk orientering om eventuelle bivirkninger med fra lægen, ligesom der ikke ligger nogen seddel i psykologers venteværelse, der ridser op, hvilke bivirkninger der eventuelt kan opstå i forbindelse med samtaleterapi. Og det er et problem.

Det mener i hvert fald de to norske forfattere til bogen *Skadelige samtaler. Myten om bivirkningsfri terapi*, der udkom i Norge sidste år kort før jul.

Det er klinisk psykolog Jørgen Flor samt professor og specialist i klinisk psykologi på Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet Leif Edward Ottesen Kennair, der står bag bogen. Med udgivelsen ønsker de dels at sætte fokus på det faktum, at samtaleterapi i nogle tilfælde kan være skadelig for patienter, dels at råbe politikerne op, så de forstår, at der skal strikkes et mere finmasket net sammen, så ingen patienter ryger til bunds som følge af skadelig terapi.

— Det underkendes i mange rapporter, at samtaleterapi kan have bivirkninger på samme måde, som antidepressiv

medicin kan have det. Det er problematisk, for når det ikke institutionaliseres, betyder det, at der ikke er nogen, der tager ansvar for de patienter, som tager skade af terapi. Der er ingen, der samler op på, om det skyldes selve terapien, terapeuten, patienten selv eller et miks af det hele. Og det kan vi ikke byde patienterne. Det er ikke først og fremmest dem, der skal tage ansvar – det er en systemfejl, og vi ønsker, at politikere og patientorganisationer skal handle på problemet, siger Leif Edward Ottesen Kennair.

Bevidst provokation

Bogen, som de to psykologer står bag, har vakt enorm debat i Norge – et land, som på mange måder har førertrøjen på i Europa og resten af verden, når det gælder om at tage mental sundhed alvorligt og at arbejde målrettet for, at psykologfaglighed vægtes med samme betydning som medicinsk lægefaglighed i folkesundheden og behandlingen af mennesker i fx psykiatrien (der er erstattet med begrebet 'psykisk helse', red.).

Forfatterne fremhæver forskning, der viser, at mellem fem og 10 procent af de patienter, der modtager samtaleterapi, oplever at få det direkte dårligere af terapien, mens 15 til 20 procent oplever, at den slet ikke har nogen virkning. Samtidig findes der studier, som ifølge forfatterne tyder på, at det især er børn, etniske minoriteter, seksuelle minoriteter samt mennesker med lav socioøkonomisk status, der risikerer at få det værre af samtaleterapi.

Hvorfor det netop er disse grupper, der er i risikozonen, vides ikke med sikkerhed. Men en af måderne, hvorpå man fremadrettet kan finde ud af det, er ved at sætte terapeuternes arbejde under lup, mener de to norske forfattere. Så det har de gjort i deres nye bog, hvilket har afstedkommet en del kritik fra psykologkollegaer i Norge.

Nogle har sat spørgsmålstegn ved fortolkningen af de statistikker, forfatterne bruger. Andre har udtrykt frygt for, at bogen risikerer at skræmme folk fra at gå i terapi.



— At vi skræmmer patienter fra at gå i terapi, er en billig bortforklaring, som følger af, at man ikke vover at tage problemet alvorligt og er utryk ved at skulle forholde sig kritisk til sig selv. Gennem bogen er vores hovedbudskab, at mange kan få det meget bedre af terapi, men at vi ikke må skjule, at det også kan gå galt, siger Leif Edward Ottesen Kennair.

Jørgen Flor er enig, men understreger samtidig, at bogen bevidst er skrevet på en måde, så den kan provokere fagfæller. For de fleste – også psykologer – kan det være svært at se ind i sig selv og forholde sig kritisk til sin egen praksis, pointerer han. Men det er nødvendigt alene af den grund, at der i terapi eksisterer et asymmetrisk magtforhold mellem terapeut og patient.

— Vi skal huske på, at terapi foregår inde bag lukkede døre, og det er utrolig vigtigt, at folk ved, hvordan terapi i hvert fald ikke bør foregå. Terapeuten er jo en magtperson, og mange patienter vil være hurtige til at tage skylden på sig, hvis noget går galt. De patienter, jeg har interviewet, og som har oplevet skadelig terapi, har fortalt, at de først fandt ud af, at deres terapi var skadelig, da de begyndte at tale med venner og familie om det, der foregik. Derfor er det også vores

mål, at vi skal have en kultur, hvor vi kan tale åbent om terapeuterfaringer, siger Jørgen Flor.

Mere kontrol

Der har både i Norge og i Danmark tidligere været sager om psykologer, der har overtrådt grænser i forhold til deres patienter. Men det er faktisk ikke disse brodne kar, som den norske bog primært er rettet primært mod. Derimod ønsker de to norske forfattere, at psykologer generelt udviser større mod til at forholde sig kritisk til egen terapi.

— Alle psykologer vil på et tidspunkt opleve, at der er en patient, de ikke kan hjælpe. Men når vi taler med psykologerne, er det interessant, at ingen fortæller de historier om sig selv. Derimod kender stort set alle til tilfælde, hvor en kollega har skadet en patient, siger Jørgen Flor.

I bogen *Skadelige samtaler. Myten om bivirkningsfri terapi* foreslår de to forfattere, at man gør videoinstallation til en permanent del af alle terapirum. Ved at optage terapisesioner kan den supervision, som de fleste psykologer i forvejen benytter sig af, blive endnu bedre, og skadelig terapi vil kunne opdages hurtigere.

— Vældig mange terapeuter har en høj faglig autonomi, og det i sig selv fordrer grundig feedback på ens arbejde. Det handler ikke om, at man skal give terapeuter skyldfølelse, og man skal ikke kontrollere for at kontrollere. Men vi ønsker, at man er bedre til at hjælpe med den faglige udvikling. Og det kan være svært, når patient og psykolog sidder alene bag lukkede døre, siger Leif Edward Ottesen Kennair.

Noget af det vigtigste for at undgå skadelig terapi, mener Jørgen Flor, er afholdelsen af en indledende samtale, hvor udgangspunktet er en forventningsafstemning mellem patient og terapeut. Det vil betyde, at patienten er klar over, hvad vedkommende kan forvente og ikke forvente – både under og efter terapien.

— Det er terapeutens ansvar, at en sådan forventningsafstemning altid finder sted. Her kan

det være godt at fortælle patienten, at det at gå i terapi ikke er nogen mirakelkur, og at der ikke eksisterer nogen garanti for, at han eller hun får det bedre. Patienten bør også oplyses om, at han eller hun undervejs ligefrem kan risikere at få det værre i perioder — eksempelvis opleve mere angst, hvis man bruger eksponeringsterapi, siger Jørgen Flor.

På samme måde, som der bør være en indledende forventningsafstemning, bør alle psykologer også have pligt til at benytte sig af et feedback-system, så det er muligt at holde øje med, om patienten har gavn af terapien. Hvor langt man skal gå i forhold til at indrette et sådant system, er Jørgen Flor imidlertid usikker på.

— Der skal formentlig være frihed til, at terapeuterne indretter deres eget individuelle feedback-system. For vi har jo ikke objektive mål, vi kan måle efter, og det er den enkelte terapeut, der selv er redskabet i terapien. Omvendt er det bekymrende, at man taler så meget om, hvad det koster at behandle patienterne, men meget lidt om effekt og kvalitet. Der er ingen, der følger op på, om patienter er tilfredse med deres psykolog. I dag er det sådan, at dukker en patient ikke op til terapi, så tager man bare den næste i rækken i stedet for at rette fokus mod årsagen til, at patienten dropper ud, siger Jørgen Flor.

Ifølge Jørgen Flor tyder forskning på, at terapeuter generelt er dårlige til at ændre i behandlingen, selvom en patient ikke viser tegn på bedring eller ligefrem får det dårligere. Ofte vil man opleve, at patienten måske får hyppigere terapi, men at der ikke ændres på selve terapien. Terapeuterne er med andre ord dårlige til at skifte strategi eller lede deres patienter videre til andre, de mener, bedre vil kunne hjælpe, siger han. Og for patienterne selv er det ikke nogen nem opgave at give sig ud i et skift af terapeut.

— I dag tales der meget om persontilpasset medicin, men når det kommer til persontilpasset psykologbistand, så er den nærmest ikke

eksisterende. Jeg har da sikkert selv haft patienter, hvor jeg har givet dem dårlig terapi – det kan både handle om faglige kompetencer og om personlighed. Men som patient er det svært at sige, at man gerne vil have en anden terapeut. Så bliver man set som krævende, og som patient skal man bare være glad for overhovedet at have fået tid hos en psykolog. Det handler om, hvordan systemet er indrettet – det burde være lettere for patienter at bytte terapeut, siger Jørgen Flor.

Kapitalkræfter forplumrer

Bo Snedker Boman, cand.psych., specialist og supervisor i klinisk psykologi, kalder Jørgen Flors og Leif Edward Ottesen Kennairs bog for ekstrem relevant. Det gør han ud fra det synspunkt, at man fagetisk altid bør gøre sig overvejelser om de midler og metoder, man benytter sig af.

— Jeg kender ingen læger, der ville anfægte, at der kan være bivirkninger ved medicin, og at man derfor altid må lave en lægefaglig vurdering af, hvorvidt effekten af medicinen står mål med bivirkningerne. Det samme har vi som psykologer pligt til. Altså at se på, om den behandling, vi giver, har utilsigtede bivirkninger, siger han.

At diskussionen om skadelige bivirkninger ved samtaleterapi aldrig for alvor er blevet taget i Danmark, skal ifølge Bo Snedker Boman ses i en historisk kontekst. Blandt andet har psykoterapi i en efterhånden lang årrække stået i skyggen af lægemidler, idet disse ofte er blevet foretrukket, når man har skullet behandle for de store sjælelige lidelser som angst og depression. Og særligt de "gamle" antidepressive præparater, hvor der var udtalte skadelige bivirkninger såsom sløvhed og vægtøgning, har tiltrukket sig betydelig opmærksomhed, mens samtaleterapi er blevet anset for harmløs.

En anden faktor er, at samtaleterapi med Bo Snedker Bomans ord ikke er "ejet" af psykologer alene.

— Der er mange faggrupper inde over, når man behandler for psykiske lidelser som angst og depression. Socialrådgivere, psykiatriske sygeplejersker og fysioterapeuter eksempelvis. Det betyder, at der er mange faggrupper, der skal definere et felt. For psykologer gælder det også, at der er kapitalkræfter indblandet i form af sundhedsforsikringer samt konkurrerende faggrupper, der også lægger billet ind på at kunne behandle med psykoterapi. Det er formentlig noget af årsagen til, at diskussionen om skadelige effekter aldrig er kommet i gang — der er ikke

nødvendigtvis en fælles interesse for det, siger han. Han peger tillige på, at der i Danmark er en udbredt kulturel forståelse af samtalen som værende det ultimativt bedste redskab til at løse problemer med.

— Vores skolesystem er indrettet sådan, at opstår der konflikter, så løser man dem ved at tale sig til rette, ligesom hele højskoletanken også er bygget op omkring samtalen. Og med så tung en kulturel forståelse af samtalen som det gode kan det skygge for, at det modsatte også kan være tilfældet. Men i et rum, hvor den ene betaler den anden for at deltage i samtalen, så der er tale om et ulige magtforhold, er vi forpligtet til at se på, om der kan være u hensigtsmæssige følger af samtalen, siger Bo Snedker Boman.

Manglende skelnen mellem patient og diagnose

Spørger man Klaus Pedersen, formand for Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer, er han ikke i tvivl om, at der kan være bivirkninger ved psykoterapi som ved al anden behandling. Når fejlslagen terapi finder sted, hænger det i hans optik ofte sammen med, at en terapeut ikke har forstået at skelne mellem på den ene side den psykiske diagnose, som beskriver en tilstand, og på den anden side de psykiske, sociale og biologiske faktorer, der fastlæser patienten i tilstanden.

— En diagnose er en vifte af symptomer og ikke en iboende sygdoms enhed i patienten. Det har nogle psykologer misforstået, og så sker det, at de kommer til at behandle patienten, som havde vedkommende en sygdom, der skal elimineres. Lad os for eksempel sige, at vi har en patient, der lider af depressioner og vedvarende får både psykoterapi og medicinsk behandling, men uden effekt på de depressive symptomer. Efter seks år finder man pludselig ud af, at der er noget helt galt i patientens familieforhold. Det øjeblik, der bliver taget hånd om familieproblemerne,



forsvinder symptomerne. Så at tro, at en depression altid skyldes et intrapsykisk problem eller en biologisk ubalance, er fuldstændig håbløst. De samme symptomer kan være udtryk for både noget biologisk, socialt og psykologisk, siger han.

Det handler med andre ord om, at man som psykolog kan reflektere frit ud fra forskellige paradigmer frem for kun at have én måde at forstå mennesket på. Det er velkendt, at det fx ofte kan være nyttigt at behandle patienter med angst med kognitiv adfærdsterapi, som primært er behandling på symptomsiden. Men hvis patienten, man har med at

gøre, har eksistentielle udfordringer, som psykologen forsømmer at tage i betragtning, overses en væsentlig faktor, der kan være med til at vedligeholde symptomerne. Og så kan der blive tale om fejlslagen terapi.

— For at være en effektiv psykolog må man være i stand til at kunne reflektere frit ud fra forskellige paradigmer frem for kun at have en måde at forstå mennesket på. Det vælter frem med tilsyneladende nye psykoterapiformer, men de har mange fællestræk og er stort set allesammen integrative former, der kombinerer effektive elementer fra forskellige andre psykoterapier. Opdelingen i skarpt adskilte psykoterapiformer er i høj grad værdibaseret og historisk betinget. I fremtiden vil vi i højere grad tale om psykoterapi som sådan, hvor der kan anvendes kombinationer af teknikker og strategier fra en fælles base af metoder frem for forskellige overordnede former for psykoterapi. Det er som i kirurgien — man anvender forskellige redskaber og fremgangsmåder alt efter den konkrete problemstilling, men det hedder stadig kirurgi, siger Klaus Pedersen.



Hvad er god terapi?

Carsten René Jørgensen, professor ved Psykologisk Institut på Aarhus Universitet, har forsket i terapi i mange år. Han mener generelt ikke, at problemet med patienter, der tager direkte skade af terapi, er vældig stort. Og han peger desuden på, at man skal være bevidst om, at der kan være mange ting på spil, når patienter ikke får det bedre eller direkte får det værre, imens de går i terapi.

— Dels er der grupper af patienter, som det er meget svært at nå gennem terapi. Dels er man

også nødt til at se på patientens øvrige liv. Der kan ske ting i vedkommendes liv uden for terapilokalet, så det i

virkeligheden er de omstændigheder, der gør, at patienten får det dårligere. Men generelt synes jeg, at det er et langt alvorligere problem, at så mange dropper ud af deres terapi. I nogle studier er det helt op til 50 procent, og det er langt flere end dem, der kan siges direkte af få det være af deres terapi, siger han.

Alligevel mener Carsten René Jørgensen, at den norske bog, som han understreger ikke at have læst, rammer ind i en generel diskussion om, hvad god terapi er.

— Uanset hvor mange uddannelser og diplomer du har, så sikrer det ikke, at der er tale om god terapi. Vi har en tendens til altid at se på den konkrete terapeutiske metode, når vi vil undersøge, om noget er evidenter. Men langt oftere burde vi også se på terapeuten. Hvordan er terapeutens empatiske evner, og hvor god er han eller hun til at aflæse patienten? Sådan noget er ikke bare teknik, der kan sættes på formel, og det kan heller ikke sikres gennem uddannelse, siger han.

Ligesom Jørgen Flor er Carsten René Jørgensen af den overbevisning, at der bør arbejdes på at udvikle et feedback- eller evalueringssystem, hvor der samtidig arbejdes henimod et større fokus på terapeuters personlige kvaliteter, konkrete evner og gennemsnitlige behandlingsresultater.

Men den endelige løsning ligger ikke ligefor, og ikke alle terapeuter vil klappe i hænderne af glæde, hvis de fremover skal evalueres tættere af en ekstern instans.

— Der vil helt sikkert være terapeuter, der siger, at det er overvågning. Og det er også nogle meget personlige ting, man ville skulle vurdere på, hvis det skal have form som en evaluering af terapeuters evner og arbejde. Og så er der spørgsmålet om, hvem der skal have positionen som overdommer af, om terapien, som terapeuten udfører, er god nok. Indtil nu har vi ikke haft nogen stærke institutioner, der kan opfange de terapeuter, der selv har haft problemer. Selv tror jeg, at det kunne være en idé at få det ind under Sundhedsstyrelsen. På den måde ville man også kunne hjælpe de psykologer, der har personlige problemer og derfor også vil have problemer i deres terapi, siger Carsten René Jørgensen.

Nødvendig folkeoplysning

Nicole Rosenberg, klinikleder og specialpsykolog på Psykoterapeutisk Klinik i Region Hovedstadens Psykiatri, hilser det velkomment, at der kommer fokus på, hvad god terapi er. Eller måske snarere, hvad god terapi ikke er. For selvom der ikke findes mange skrækhistorier om psykologer, der agerer uprofessionelt, er det nødvendigt, at lægmand ved, hvornår en psykolog eller psykoterapeut er galt afmarcheret, mener hun.

— Hvis terapeuter flirter med, forsøger at date eller endnu værre overskrider patientens kropslige intimsfære, beder dem om private tjenester eller har andre private og økonomiske mellemværender, så skal man som klient/

patient vide, at det er helt uacceptabelt. Man skal også vide, at behandlere skal afholde sig helt fra seksuelle helbredelsesprocesser. Der findes ingen former for anerkendt psykoterapi, hvor seksuelle berøringer eller uprofessionel verbalisering af seksuelle emner indgår, siger hun.

Ud over ovenstående, grelle eksempler, som hører til sjældenhederne, bemærker Nicole Rosenberg, at terapeuter i andre henseender kan risikere at gøre mere skade end gavn – selvom de gør, hvad de gør, i bedste mening.

I 1990'erne blev der foretaget en meget vigtig undersøgelse blandt 500 mennesker, der alle havde været involveret i bilulykker. Den ene halvdel fik straks psykoterapi, mens de 250 andre blev sendt hjem uden. Et år senere kunne man se, at de, der havde det bedst, var dem, der ikke havde modtaget terapi. Det viser, at hvis en person ingen traumer har, så risikerer man at gøre mere skade end gavn ved at insistere på terapi, forklarer hun.

Nicole Rosenberg er ikke i tvivl om, at der tidligere har været en tendens til, at psykologer, når de tog en psykoterapeutisk uddannelse, ofte adopterede det menneskesyn, der lå bag den givne psykoterapeutiske retning og efterfølgende alene behandlede patienter derudfra. Men i dag er der ikke mange psykologer, der vælger at behandle alene ud fra én psykoterapeutisk retning, mener hun.

— Mange psykologer har kendskab til flere retninger og metoder og har ikke deres psykoterapeutiske retning som generelt trossystem, som de behandler alle patienter efter. Det er blandt andet specialiseringen, der har haft en vigtig indflydelse her. Altså at der er mere bevidsthed om, at nogle terapiformer virker bedre end andre ved visse lidelser, og at ingen metoder virker til alt. Og så selvfølgelig det udskældte krav om evidens. Det har været og er ganske afgørende for udvikling af psykoterapi, siger hun.

Fremadrettet er Nicole Rosenberg fortaler for mere folkeoplysning om, hvad man som bruger af psykoterapi kan være opmærksom på med hensyn til, hvad der er forkert og skadeligt, herunder at man selvfølgelig kan vælge en anden psykolog eller en anden psykoterapiform, hvis man ikke synes, behandlingen har effekt. Hun nævner et aktuelt område, hvor hun håber, at både terapeuter og patienter er årvågne, så man ikke ender med at skade patienten.

— Når kompliceret sorg med IDC-11 bliver en ny diagnose, så kan jeg være bekymret for, at nogle terapeuter kommer til at overse, at patienten har en depression eller en reaktiv psykose og dermed kommer til at behandle forkert, siger Nicole Rosenberg.

Spørgsmålet om samtalerapi og dens eventuelle bivirkninger bliver nok ikke mindre aktuelt i fremtiden. Lige nu arbejder flere regioner fx med at udvikle systemer, der kan give feedback på, hvordan behandlingerne påvirker patienterne, herunder også om patienterne ikke får det bedre, eller ligefrem værre, under et behandlingsforløb. ●